

Міністерство охорони здоров'я України  
Буковинський державний медичний університет

# ПРОГРАМА



96-ї підсумкової наукової конференції  
професорсько-викладацького персоналу  
Буковинського державного медичного університету

16, 18, 23 лютого 2015 р.







<b>Петринич В.В.</b> Розвиток порушень поведінкових реакцій за умов під гострої свинцевої інтоксикації у щурів з різною швидкістю ацетилювання	<b>221</b>
<b>Ротар В.І.</b> Нанокapsульовані форми антибіотиків в абдомінальній хірургії	<b>221</b>
<b>Ткачук О.В.</b> Стан інсулін-продукуючої функції підшлункової залози в щурів з стрептозо-індукованим діабетом, ускладненим ішемією-реперфузією головного мозку	<b>222</b>
<b>СЕКЦІЯ 13 ОСНОВНІ НАПРЯМКИ РОЗВИТКУ СТОМАТОЛОГІЇ</b>	
<b>Бамбуляк А.В., Бедик В.В.</b> Анатомічні особливості лобових пазух в онтогенезі людини	<b>223</b>
<b>Белікова Н.І.</b> Помилки та ускладнення адгезивного шинування фронтальних зубів	<b>223</b>
<b>Будаєв Ю.В.</b> Психо-емоційна підготовка батьків до прорізування молочних зубів у дітей	<b>224</b>
<b>Бурик А.Ю.</b> Використання професійної зубної пасти «Colgate sensitive pro-relief» та препарату «Глуфторед» при підвищеній чутливості зубів	<b>225</b>
<b>Ваколюк О.Б.</b> Проблеми дентофобії в дитячій стоматології та шляхи їх вирішення	<b>226</b>
<b>Ватаманюк М.М., Беліков О.Б.</b> Особливості антропометричних вимірювань беззубих щелеп у пацієнтів геріатричного віку	<b>227</b>
<b>Ватаманюк Н.В.</b> Використання молекулярно-генетичних способів діагностики у хворих генералізованим пародонтитом на початковій стадії захворювання	<b>227</b>
<b>Галагдина А.А., Митченко М.П.</b> Етіологія слинокам'яної хвороби	<b>228</b>
<b>Годованець О.І., Мороз А.В.</b> Стан місцевого імунітету порожнини рота у дітей, хворих на цукровий діабет I типу	<b>229</b>
<b>Дмитренко Р.Р., Гончаренко В.А.</b> Вплив пінеальної залози на про- і антиоксидантну системи у тканинах ясен статевонезрілих самців щурів	<b>229</b>
<b>Дроник І.І.</b> Роль вільнорадикального окислення у виникненні гнійного процесу в пародонті у хворих на хронічний генералізований пародонтит I-II ступеню важкості	<b>230</b>
<b>Кавчук О.М.</b> Ефективність препарату «пародент» у складі комплексу лікувально-профілактичних заходів у хворих із хронічним катаральним гінгівітом	<b>230</b>
<b>Караван Я.Р., Беліков О.Б.</b> Аналіз прогнозування розвитку злоякісних новоутворень щелепно-лищевої ділянки за даними Чернівецького клінічного онкологічного диспансеру	<b>231</b>
<b>Кільмухаметова Ю.Х.</b> Стоматологічний статус студентів 2 курсу стоматологічного факультету БДМУ	<b>232</b>
<b>Кіцак Т.С., Гаген О.Ю.</b> Поширеність захворювань тканин пародонта у працівників залізничного транспорту	<b>232</b>
<b>Костенюк С.В.</b> Медико-соціальна значимість герпетичних вірусних захворювань	<b>233</b>
<b>Краснюк І.П.</b> Професійна гігієна порожнини рота при захворюваннях тканин пародонту	<b>234</b>
<b>Кузняк Н.Б., Паліс С.Ю.</b> Визначення ступеня після травматичної контрактури жувальних м'язів у хворих з переломами суглобового відростка та кута нижньої щелепи методом ультразвукової діагностики	<b>234</b>
<b>Кузняк Н.Б., Вітковський О.О.</b> Лікування переломів нижньої щелепи ускладнених гнійно-запальними процесами	<b>235</b>
<b>Левандовський Р.А., Беліков О.Б., Шановський А.М.</b> Соціальна і психологічна адаптація пацієнтів зі складною щелепно-лищевою патологією	<b>236</b>
<b>Максимів О.О., Беліков О.Б.</b> Аналіз ефективності адаптації повних знімних протезів у хворих на цукровий діабет 2 типу при використанні кварцетину	<b>236</b>
<b>Мандзюк Т.Б.</b> Роль впливу соціально – гігієнічних та геохімічних чинників на розвиток карієсу зубів у дітей	<b>237</b>
<b>Остафійчук М.О.</b> Особливості використання методу фотодинамотерапії лазерним апаратом «helbo», brendent у пацієнтів із гострим катаральним гінгівітом	<b>238</b>
<b>Перебийніс П.П., Ткачик С.В.</b> Комплексний підхід до лікування хронічного остеомієліту щелеп у наркозалежних пацієнтів	<b>238</b>
<b>Проданчук А.І.</b> Використання стоматологічних вимірювань для визначення якості життя	<b>239</b>
<b>Рошук О.І.</b> Пероксидне окиснення ліпідів у хворих на виразкову хворобу шлунка з незнімними зубними протезами	<b>240</b>
<b>Табачнюк Н.В., Олійник І.Ю.</b> Особливості раннього пренатального морфогенезу піднижньощелепної слинної залози людини	<b>240</b>
<b>Трифаненко С.І., Горицький Я.В.</b> Лікування переломів нижньої щелепи з ускладненими клінічним перебігом	<b>241</b>
<b>Хомич Н.М., Кушнір О.Л.</b> Допплерографічне дослідження як метод оцінки стану місцевого кровообігу у хворих після атипичного видалення нижніх зубів мудрості	<b>242</b>
<b>Шостенко А.А.</b> Стан місцевого імунітету та мікробіоценозу тканин ясен у хворих на генералізований катаральний гінгівіт з різними формами перебігу	<b>242</b>
<b>СЕКЦІЯ 14 КЛІНІЧНА ОНКОЛОГІЯ, ПРОМЕНЕВА ДІАГНОСТИКА ТА ПРОМЕНЕВА ТЕРАПІЯ</b>	
<b>Гушул І.Я.</b> Особливості перебігу перитоніту на фоні раку товстої кишки	<b>243</b>

<b>Зелінська Н.В., Пересунько О.П.</b> Клінічна та генеалогічна характеристика аденокарциноми шийки матки	<b>244</b>
<b>Кравчук С.Ю.</b> Оптимізація променевої діагностики злоякісних захворювань з використанням комп'ютерної томографії в умовах чернівецького обласного клінічного онкологічного диспансеру	<b>245</b>
<b>Крук Т.В., Пересунько О.П.</b> Генотипування мутацій генів глутатіон-S-трансферази у хворих на рак молочної залози та їх родичів у чернівецькій області	<b>246</b>
<b>Сенітович Р.В., Івашук О.І., Унгурян В.П.</b> Хіміотерапія раку шлунка – метааналізи	<b>247</b>
<b>Шульгіна В.В.</b> Особливості епідеміології раку прямої кишки та анального каналу серед жителів Чернівецької області	<b>247</b>
<b>Шумко Б.І.</b> Результати лікування раку гортані та гортаноглотки з урахуванням стадії захворювання	<b>248</b>
<b>СЕКЦІЯ 15 АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ШКІРНО-ВЕНЕРИЧНИХ, ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ ТА ТУБЕРКУЛЬОЗУ</b>	
<b>Венгловська Я.В., Сидорчук А.С., Богачик Н.А., Сорохан В.Д.</b> Клініко-мікробіологічна ефективність ентеролу-250 у комплексній терапії харчових токсикоінфекцій і гастроінтестинального сальмонельозу на Буковині	<b>249</b>
<b>Височанська Т.П.</b> Клінічна ефективність диференційованого підходу до лікування хворих на вульгарний та артропатичний псоріаз у різних фізико-географічних районах Чернівецької області	<b>250</b>
<b>Возна Х.І., Меленко С.Р.</b> Роль ендотелію у патогенезі ВІЛ-інфекції	<b>251</b>
<b>Волошина Н.О., Денисенко О.І.</b> Показники про- та протизапальних цитокінів у хворих на вульгарні вугри різного ступеня тяжкості	<b>251</b>
<b>Гаєвська М.Ю.</b> Вплив засобів гепатопротекторної та антиоксидантної дії на перебіг та ефективність лікування псоріазу	<b>252</b>
<b>Герман А.О., Христич Т.М.</b> Цитокінова регуляція при ВДТБ легень залежно від функціональної активності щитоподібної залози	<b>253</b>
<b>Голяр О.І., Москалюк В.Д., Возна Х.І., Кривецька С.С., Рудан І.В.</b> Реактивна відповідь нейтрофілів периферійної крові і загальна імунна реактивність організму хворих на сальмонельоз	<b>253</b>
<b>Гулей Л.О., Перепічка М.П.</b> Віддалені результати терапії хворих на хронічні дерматози із супутньою патологією гепатобіліарної системи	<b>254</b>
<b>Давиденко О.М., Мироник О.В.</b> Епідеміологічні особливості вірусного гепатиту С на Буковині	<b>255</b>
<b>Денисенко О.І.</b> Динаміка показників оксидантно-антиоксидантного гомеостазу у хворих на артропатичний псоріаз у процесі лікування з поєднаним застосуванням засобів гепатопротекторної та антиоксидантної дії	<b>255</b>
<b>Денисенко О.І., Писаренко Н.Ю., Суховерська О.Б.</b> Застосування емолієнтів у комплексному лікуванні хронічної екземи	<b>256</b>
<b>Єременчук І.В., Шаповалов В.П.</b> Особливості цитокінової регуляції у хворих на мультирезистентний туберкульоз легень	<b>257</b>
<b>Карвацька Ю.П.</b> Динаміка показників клітинної ланки системного імунітету у хворих на вульгарні вугри у процесі комплексного лікування	<b>258</b>
<b>Москалюк В.Д., Соколенко М.О., Голяр О.І., Возна Х.І., Кривецька С.С.</b> Герпетична інфекція у структурі ВІЛ-асоційованих захворювань	<b>259</b>
<b>Підвербецька О.В., Степаненко В.О., Бойко А.В.</b> Стан мікрофлори товстого кишечника в динаміці лікування туберкульозу легень	<b>260</b>
<b>Сем'янів І.О., Сливка В.І.</b> Токсичний гепатит у хворих на хіміорезистентний туберкульоз легень	<b>260</b>
<b>Степан Н.А., Денисенко О.І.</b> Показники цитокінового профілю у хворих на екзему з різним клінічним перебігом дерматозу	<b>261</b>
<b>Тодоріко Л.Д.</b> Характер порушень органів системи травлення та тиреоїдна активність у хворих на ХРТБ	<b>262</b>
<b>СЕКЦІЯ 16 ФАРМАКОЛОГІЧНА ДІЯ ТА ФАРМАКОКІНЕТИКА ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ</b>	
<b>Букатару Ю.С.</b> Антигіпоксантна активність похідного-лідера 2-бензамідо-2-(2-оксоіндолін-3-ілїден) оцтової кислоти за умов гемічної гіпоксії	<b>263</b>
<b>Гайна Ж.М.</b> Дослідження антигельмінтних, антиоксидантних та нефропротекторних властивостей дикорослих лікарських рослин Чернівецької області	<b>263</b>
<b>Геруш О.В.</b> Скринінгове фармакологічне дослідження капсул «Гепатісан», гранул «Полігербагастрин», «Гепатропін», капсул «Фітовенол» з метою вибору ефективної дози	<b>264</b>
<b>Горошко О.М., Драчук В.М., Ежнед М.А., Ровінський О.О., Гудзь Н.А.</b> Дослідження у порівнянні впливу ліпіну та ліпофлавонолу на процеси пероксидації ліпідів та білків при тривалому введенні ліпіну за умов експериментальної гострої ниркової недостатності	<b>265</b>
<b>Драчук В.М., Заморський І.І.</b> Антиоксидантні властивості адеметіоніну за умов гострої ниркової недостатності	<b>266</b>
<b>Заморський І.І.</b> Антигіпоксантні ефекти як складова нейропротективних властивостей мелатоніну	<b>266</b>



набряк, температура тіла, пальпация первинної кісткової мозолі), терміни міжщелепної іммобілізації, тривалість стаціонарного лікування.

На момент припинення міжщелепної іммобілізації у хворих групи А, виявлено виражені рентгенологічні ознаки консолидації кісткових фрагментів: край кісткових фрагментів не чіткі, щільна перелому завальована. У хворих групи В, всі ознаки загоспона перелому були менш вираженими, у деяких пацієнтів відзначалися ознаки крайового остеопорозу кісткових відламків та завальованість ліній перелому. Дані про число ускладнень і терміни загальної непрацездатності свідчать на користь проведеного лікування в групі А, що виявилось у прискоренні репараційних процесів, попередженні виникнення пізніх після травматичних ускладнень, пришвидшенні термінів реабілітації хворих, скороченні термінів непрацездатності на 3-4 дні. В групах А і В, терміни лікування становили відповідно  $18 \pm 0,1$  та  $24,9 \pm 0,1$  ліжко днів.

Аналіз вивчених нами клінічних випадків показав, що внаслідок використання ЗТП спостерігається тенденція до активнішого перебігу процесів консолидації відламків нижньої щелепи. Запропонований спосіб дозволяє отримати якісно нові результати лікування, досягнути активної і оптимізації остеогенезу після переломів нижньої щелепи з повноцінним відновленням пошкодженої кісткової тканини.

**Хомич Н.М., Кушнір О.І.**

#### ДОПЛЕРОГРАФІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЯК МЕТОД ОЦІНКИ СТАНУ МІСЦЕВОГО КРОВООБІГІННУ У ХВОРИХ ПІСЛЯ АТИПОВОГО ВИДАЛЕННЯ НИЖНІХ ЗУБІВ МУДРОСТІ

*Кафедра хірургічної та дитячої стоматології*

*Букovinський державний медичний університет*

Відомо, що 10-40% планових оперативних втручань у хірургічній стоматологічній практиці становлять операції атипичного видалення нижніх третіх мolarів, післяопераційний період яких часто супроводжується реактивним набряком, ускладненнями запального чи травматичного характеру. З метою поліпшення перебігу післяопераційного періоду місцево застосовують холода та протизапальні засоби. У практиці стоматолога-хірурга немає чітко визначеної схеми застосування гіпотермії та протизапальних препаратів, тому метою нашого дослідження є обґрунтування призначення препарату «Дексаметазон» та локальної гіпотермії у хворих після атипичного видалення нижніх третіх мolarів.

Під нашим наглядом у відділенні хірургічної стоматології Чернівецької обласної клінічної лікарні знаходилися 41 пацієнт після атипичного видалення третіх мolarів нижньої щелепи. Хворих поділено на 5 груп: перша - контрольна, в другій використовували гіпотермію по методі С.Г.Масловської, в третій - гіпотермію по методі О.Г. Пастухова, у четвертій - безпосередньо після ушивання рани вводили 4мг дексаметазону у жувальний м'яз, у п'ятій - безпосередньо після ушивання рани вводили 4мг дексаметазону у жувальний м'яз та призначали гіпотермію по методі О.Г. Пастухова. Для дослідження ефективності методик проводили доплерографічне дослідження в день операції, на 1-шу, 3-тю та 7-му добу.

Встановлено, що в день оперативного втручання спостерігається значне сповільнення кровотоку в пацієнтів контрольних груп, тоді як показники основних груп відрізнялися незначним його зниженням. На 7-му добу максимально наблизились до норми показники швидкості кровотоку у пацієнтів п'ятої групи, міжгрупові різниці спостерігались протягом всього післяопераційного періоду (таб.).

Таблиця

День	Результати доплерографічного дослідження				
	V <sub>п</sub> (середня шв. кровотоку), см/с				
	Перша (контрольна) група (n=9)	Друга група (n=8)	Третя група (n=8)	Четверта група (n=8)	П'ята група (n=8)
0-а	6,0±0,5	8,5±0,9	7,4±0,7	8,4±0,5	9,7±0,6
1-а	5,8±0,9	8,6±0,7	10,2±2,1	9,2±1,1	9,9±0,1
3-а	6,3±0,7	10,3±0,1	11,6±1,1	10,6±0,6	11,2±0,1
7-а	9,3±1,4	11,5±0,7	11,9±0,8	12,0±0,5	12,5±0,3
Норма	12,2±2	12,2±2	12,2±2	12,2±2	12,2±2

Отже, застосування у пацієнтів гіпотермії в поєднанні з дексаметазоном поліпшує перебіг післяопераційного періоду, про що свідчать показники доплерографічного дослідження.

**Шостенко А.А.**

#### СТАН МІСЦЕВОГО ІМУНІТЕТУ ТА МІКРОБІОЦЕНОЗУ ТКАНИН ЯСЕН У ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ КАТАРАЛЬНИЙ ГІНГІВІТ З РІЗНИМИ ФОРМАМИ ПЕРЕБІГУ

*Кафедра хірургічної та дитячої стоматології*

*Букovinський державний медичний університет*

Хронічний катаральний гінгівіт є одним із найбільш поширених захворювань ясен у молодих осіб індустріально розвинених країн. Результати багатьох досліджень свідчать про вкрай несприятливий вплив хронічного інфекційно-запального процесу на здоров'я м'язової тканини пародонту. Паралельно зростає накопичення факторів ризику обумовлюють перехід катарального гінгівіту у важке незворотнє захворювання – генералізований пародонтит. Ефективна реабілітація хворих на хронічний генералізований гінгівіт є невідкладним превентивним заходом лікування тканин, які оточують зуб, оскільки до 50% хворих втрачають зуби в молодому віці внаслідок прогресування запально-деструктивного процесу в пародонті.



Мета дослідження - вивчення особливостей мікробіоценозу тканин ясен та місцевого імунітету у хворих з хронічним та загостреним перебігом генералізованого катарального гінгівіту для підвищення ефективності реабілітації хворих та наукового обґрунтування етіотропного лікування.

Досліджено 42 хворих на хронічний генералізований катаральний гінгівіт (23 жінки (54,7%) та 19 чоловіки (45,3%), у віці від 19-31 років (середній вік 25,6 р.). Контрольну групу представили 18 практично здорових добровольців, що не мали в анамнезі хронічних запально-інфекційних захворювань. Всім хворим проводили комплексні клінічні та лабораторні методи досліджень: визначення гігієнічного стану порожнини рота проводилось за методом Green-Vermillion, активність запального процесу в тканинах ясен за індексом кровоточивості Мюллера в модифікації Коулла; рентгенологічне дослідження – шифрова ортопантомографія; для оцінки запального процесу в змішаній не стимульованій слині визначали альфа-2г глікопротеїди методом імунодифузійного титрування в агаріюму гелі за допомогою стандартних тест систем; для визначення якісного складу бактеріальних агентів – клінічне бактеріологічне дослідження, ПЛР з наступною зворотньою ДНК-гібридизацією, для оцінки стану місцевого імунітету – визначали рівень вмісту (slgA), рівень інтерлейкінів ІІ, ІВ, ІІІ-4 та ФНО-α.

Умовно-патогенна стрептококова мікрофлора займає провідне місце в етіології хронічного катарального гінгівіту. В формуванні процесів загострення хронічного гінгівіту домінуючу роль відіграють стафілоки та гриби роду Candida. У хворих із загостреним перебігом генералізованого катарального гінгівіту виявлені більш суттєві відмінності в показниках місцевого гуморального імунітету порівняно з групою пацієнтів з хронічним проявом захворювання, які характеризуються значним зниженням рівня slg A та lg M та незначного підвищення lg G.

#### СЕКЦІЯ 14

#### КЛІНІЧНА ОНКОЛОГІЯ, ПРОМЕНЕВА ДІАГНОСТИКА ТА ПРОМЕНЕВА ТЕРАПІЯ

Гушула І.Я.

#### ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПЕРИТОНІТУ НА ФОНІ РАКУ ТОВСТОЇ КИШКИ

*Кафедра онкології та радіології*

*Букovinський державний медичний університет*

За останні десятиріччя спостерігається ріст захворювання на рак товстої кишки у всьому світі. У Східній Європі захворювання на рак товстої кишки зростає за останні 30 років майже в 4 рази. В переважній більшості захворювань діагностується у III-IV стадіях. Враховуючи запущеність онкологічних процесів, спостерігається велика кількість ускладнень. Одним з них є перитоніт. Останній характеризується важкими загальними симптомами, в тому числі елігеною інтоксикації і поліорганної недостатності. Летальність при перитоніті завжди є високою. У онкологічних хворих внаслідок пухлинного процесу зменшується реактивність і ускладнюється своєчасна діагностика та погіршуються результати лікування. Летальність при перитонітах у онкологічних хворих за даними різних клінік коливається в межах 60-80%.

Особливу складність для діагностики і лікування складає третинний перитоніт. Цим терміном визначають запалення очеревини, яке має рецидивуючий характер. Раніше такий перитоніт називали «перитоніт без джерела інфекції», «млявоперебігаючий перитоніт». Зазвичай третинний перитоніт розвивається у важких, ослаблених хворих, які перенесли декілька операцій на органах черевної порожнини. Перебіг такого перитоніту не проявляється вираженою перитонеальною симптоматикою, відзначається стертою клінічною картиною, можливою поліорганною дисфункцією і проявами рефрактерного до терапії ендотоксикозу. Третинний перитоніт розвивається внаслідок важкого вторинного імунодефіциту.

Головна відмінність вторинного перитоніту від третинного є в тому, що клінічна картина вторинного перитоніту зумовлена захисною реакцією організму в вигляді вивільнення великої кількості прозапальних цитокінів у відповідь на потрапляння інфекційного агенту і розвиток деструктивного процесу в одному з відділів черевної порожнини. В той час як третинний перитоніт розглядають як недостатність організму сформувати адекватну реакцію на системному і місцевому рівнях внаслідок переважання протизапальних цитокінів (як результат виснаження прозапального пулу цитокінів) у відповідь на розвиток інфекційного процесу в черевній порожнині. Під час операції джерело третинного перитоніту часто виявити не вдалося.

Основна причина розвитку перитоніту – інфекція. Основним джерелом мікробної контамінації черевної порожнини є шлунково-кишковий тракт. Попадання мікроорганізмів в черевну порожнину можливе при порушенні цілості стінки травного каналу, а також при транслокації бактерій з кишок на фоні їх ішемії чи некрозу. Причиною інтраабдомінальної інфекції може стати інфікована жовч при перфоративній жовчохміра, порушення цілості уrogenітального тракту та запальні процеси органів малого тазу у жінок. Інколи бактерії попадають в черевну порожнину гематогенно.

Первинний перитоніт є, як правило, монобактеріальною інфекцією, яка розвивається у хворих широким спектром (E.coli, Enterobacter spp., Citrobacter freundii, Klebsiella spp., Staphylococcus viridans, Staphylococcus pneumoniae), у пацієнтів, що знаходяться на перитонеальному діалізі (коагулязонегативні стафілоки, Staphylococcus aureus, Enterococcus spp., Pseudomonas aeruginosa, інколи Candida spp.).

Для вторинних перитонітів характерним є те, що при попаданні в черевну порожнину значна частина бактерій гине під дією бактеріцидних факторів очеревини і кишківника (білірубіну, лактобактерій, строгі анаеробів). Життєздатність зберігають аеротолерантні і факультативні анаероби, перш за все представники сімейства